



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2006

Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung

Rössler, W ; Theodoridou, A

Abstract: In einem modernen psychiatrischen Versorgungssystem gilt die Empfehlung: ambulant vor teilstationär vor stationär. Die komplexen Behandlungserfordernisse einer gemeindenahen Betreuung für chronisch und schwerer psychisch Erkrankter sowie die Beteiligung verschiedener Sozialleistungsträger an der Finanzierung führen jedoch zu einer problematischen Versorgungsfragmentierung. Die Schizophrenie ist die teuerste psychiatrische Erkrankung in Deutschland. Die indirekten Kosten (in Geldwert umgerechnete Folgen der Schizophrenie) werden bis zu 5-mal höher als die direkten Behandlungskosten geschätzt. Von den verschiedenen neueren Versorgungskonzepten hat sich bisher vor allem das Konzept der aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Teams bewährt. Dieser Ansatz führt zu einer Reduktion der Wiederaufnahmerate und der Verweildauer im Krankenhaus, zu einer besseren sozialen Integration und größerer Patientenzufriedenheit. Es gibt keine empirische Evidenz für eine "Psychiatrie ohne Betten". Eine bedenkenswerte Alternative zu einer stationären Behandlung kann jedoch für eine Teilgruppe die Behandlung in einem akuttagesklinischen Setting, in Krisenhäusern oder die Krisenversorgung im häuslichen Umfeld sein

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2192-x>

Other titles: Innovative care models for treating psychosis]

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-156003>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Rössler, W; Theodoridou, A (2006). Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung. *Der Nervenarzt*, 77(Suppl 2):S111-S120.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2192-x>

Nervenarzt 2006 [Suppl 2] · 77:S111–S120
 DOI 10.1007/s00115-006-2192-x
 Online publiziert: 28. Oktober 2006
 © Springer Medizin Verlag 2006



CME.springer.de

Kostenlos teilnehmen bis 15.1.2007

Die Teilnahme an der Fortbildungseinheit "Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung" ist bis zum 15.1.2007 kostenlos. Danach ist die CME-Teilnahme über ein Abonnement oder CME-Tickets möglich. Weitere Informationen finden Sie auf CME.springer.de

Online teilnehmen

und 3 CME-Punkte sammeln

Die CME-Teilnahme ist nur online möglich. Nach erfolgreicher Beantwortung von mindestens 7 der 10 CME-Fragen senden wir Ihnen umgehend eine Bestätigung der Teilnahme und der 3 CME-Punkte per E-Mail zu.

Zertifizierte Qualität

Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Empfehlung des IMPP mit Vorabtestung durch ein ausgewähltes Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

Springer Medizin Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

W. Rössler · A. Theodoridou

Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West,
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung

Zusammenfassung

In einem modernen psychiatrischen Versorgungssystem gilt die Empfehlung: ambulant vor teilstationär vor stationär. Die komplexen Behandlungserfordernisse einer gemeindenahen Betreuung für chronisch und schwerer psychisch Erkrankter sowie die Beteiligung verschiedener Sozialleistungsträger an der Finanzierung führen jedoch zu einer problematischen Versorgungsfragmentierung. Die Schizophrenie ist die teuerste psychiatrische Erkrankung in Deutschland. Die indirekten Kosten (in Geldwert umgerechnete Folgen der Schizophrenie) werden bis zu 5-mal höher als die direkten Behandlungskosten geschätzt. Von den verschiedenen neueren Versorgungskonzepten hat sich bisher vor allem das Konzept der aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Teams bewährt. Dieser Ansatz führt zu einer Reduktion der Wiederaufnahmerate und der Verweildauer im Krankenhaus, zu einer besseren sozialen Integration und größerer Patientenzufriedenheit. Es gibt keine empirische Evidenz für eine „Psychiatrie ohne Betten“. Eine bedenkenswerte Alternative zu einer stationären Behandlung kann jedoch für eine Teilgruppe die Behandlung in einem akuttagesklinischen Setting, in Krisenhäusern oder die Krisenversorgung im häuslichen Umfeld sein.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Versorgung · Psychische Erkrankung · Schizophrenie · Wirksamkeit · Kosten

Innovative care models for treating psychosis

Summary

It is generally accepted that modern mental health care gives community treatment priority over partial or full inpatient treatment. The requirements for community treatment of severely ill and chronic psychiatric patients are complex and, together with financing by the different social insurance providers, may lead to a rather problematic fragmentation of health service supply. Schizophrenia is considered the most expensive mental illness in Germany. It is estimated that indirect costs (expressed in financial terms) are five times higher than the direct costs of treatment and care. Innovative concepts of psychosocial intervention show that case management and assertive community treatment reduce the hospitalisation rate and duration of inpatient treatment, enhance social integration, and find the approval of most patients. However, there is no empirical evidence supporting this "psychiatry with no beds". Consideration should be given to psychosocial interventions as an alternative to inpatient hospital treatment such as day hospital care, crisis houses, or acute home treatment.

Keywords

Mental health care · Mental disorder · Schizophrenia · Efficacy · Costs

Schizophrene Erkrankungen gelten als eine der teuersten psychiatrischen Erkrankungen überhaupt

► Chronische Erkrankung

Die Schizophrenie steht paradigmatisch für die langfristige Betreuung chronisch und schwerer psychisch Kranker

Ziel einer modernen Versorgung ist es, den betroffenen Personen zu ermöglichen, ein möglichst unabhängiges Leben zu führen

► Ambulante Maßnahmen

► Psychiatrisches Management

► Gesamtbehandlungsplanung

Vor ca. 35 Jahren beauftragte die Bundesregierung eine Expertenkommission, die psychiatrische Versorgung in Deutschland zu analysieren und daraus Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung zu formulieren. Vor diesem Hintergrund fand seitdem ein radikaler Umbau der psychiatrischen Versorgung statt: Die Zahl der Betten wurde erheblich reduziert und der Schwerpunkt der Versorgung in den extramuralen Bereich verlegt. Es wurden international neue Modelle für die Versorgung v. a. chronisch und schwerer psychisch erkrankter Menschen (insbesondere mit Schizophrenie) entwickelt.

Integrierte gemeindepsychiatrische Hilfesysteme erreichen nach heutigem Wissensstand einen hohen Empfehlungsgrad. Die Leistungserbringung differenzierter Behandlungsstrategien durch viele, zwangsläufig kleine Institutionen hat sich als problematisch erwiesen.

Dieser Beitrag soll Informationen zu neuen Versorgungskonzeptionen vermitteln. Es soll deutlich werden, dass moderne Versorgungsstrukturen zur Optimierung einer personenorientierten, individualisierten Versorgung chronisch oder schwerer psychisch erkrankter Menschen mit komplexen Behandlungsbedürfnissen führen.

Integrierte gemeindepsychiatrische Versorgung – Ein Konzeptwandel in der Versorgung

Schizophrene Erkrankungen sind weltweit mit beträchtlichen Behandlungs- und Betreuungskosten verbunden; sie gelten als eine der teuersten psychiatrischen Erkrankungen überhaupt. Die Gründe dafür sind der Erkrankungsbeginn im jungen Erwachsenenalter bei nicht wesentlich verkürzter Lebenserwartung gegenüber der Allgemeinbevölkerung, die Tendenz zur Chronifizierung und die Beeinträchtigung der Fähigkeiten zu selbständigem Leben.

Trotz erheblicher Wissens- und Behandlungsfortschritten in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie stellen die schizophrenen Erkrankungen in den meisten Fällen immer noch eine ► **chronische Erkrankung** dar. Der Beginn der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter erfordert eine kontinuierliche Anpassung des Behandlungsplans, da in der Regel verschiedene Lebensphasen mit jeweils spezifischen Herausforderungen durchlaufen werden. Fast keiner der nachfolgend diskutierten Versorgungsansätze wurde ausschließlich für Personen mit schizophrenen Erkrankungen entwickelt. Die Schizophrenie steht jedoch paradigmatisch für die langfristige Betreuung chronisch und schwerer psychisch Kranker. Die meisten Untersuchungsergebnisse stehen unter dem Vorbehalt, dass sie unter dem jeweiligen nationalen Kontext zu interpretieren sind, in dem sie überprüft wurden.

Ziel einer modernen Versorgung ist es, die betroffenen Personen in die Lage zu versetzen, ein möglichst unabhängiges, selbstständiges und „normales“ Leben in der Gesellschaft zu führen. Eines der wichtigsten Versorgungsprinzipien ist es dabei, die erforderliche Behandlung und Betreuung mit so wenig wie möglich Einschränkungen für die Betroffenen zu erbringen. Vor dem Hintergrund dieses gesundheitspolitischen Postulats ist ► **ambulante Maßnahmen**, wenn immer möglich, gegenüber (teil-)stationären Maßnahmen Vorrang einzuräumen. Schutznotwendigkeit des Patienten oder ggf. seines Umfeldes, erforderliche Tagesstrukturierung, spezielle Behandlungsbedürfnisse, verfügbare soziale Unterstützung sowie persönliche Präferenzen sind weitere Entscheidungskriterien für die Wahl des Behandlungssettings [5].

► **Psychiatrisches Management** beinhaltet erleichterten Zugang zum Versorgungssystem, Ressourcenkoordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich und Sozialbereich sowie Einbezug der Betroffenen und ihrer Angehörigen mit der Zielsetzung eines gemeinsamen und zielgerichteten Handelns. Vor allem in den USA und England wurden hierzu Versorgungsmodelle erprobt, die eine intensive Betreuung im natürlichen sozialen Umfeld ermöglichen und stationäre Aufnahmen verhindern helfen sollen.

Bei der ► **Gesamtbehandlungsplanung** werden individuell und je nach Anforderungssituation nicht nur krankheitsbedingte Defizite, sondern auch Ressourcen berücksichtigt. Zielsetzung ist eine größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von professioneller Hilfe unter Einbezug der Umgebung. Die Überwindung gesellschaftlicher Vorurteile ist für die Wirksamkeit von Maßnahmen zur sozialen Integration von großer Bedeutung [1].

Versorgungsfragmentierung

Die langfristige Versorgung chronisch psychisch Kranker ist im Vergleich zu der Versorgung chronisch körperlich Erkrankter deutlich komplexer. Dazu tragen der langfristige Verlauf auch über verschiedene Lebensphasen hinweg, wechselhafte Verläufe, komplexe Behinderungsprofile und der damit vermehrte Aufwand bei Behandlung, Betreuung und Rehabilitation bei. Um die entsprechend differenzierten Angebote möglichst niederschwellig und im gewohnten sozialen Umfeld vorhalten zu können, sind viele gemeindenähe und zwangsläufig kleine Versorgungsinstitutionen entstanden.

Begünstigt wurde diese Entwicklung durch komplexe und heterogene Einrichtungs- und Finanzierungsträgerschaften. Die komplexe Struktur der Einrichtungsträgerschaften ist vor dem Hintergrund des (in Mitteleuropa vorherrschenden) Sozialstaatsprinzips der ► **Subsidiarität** zu verstehen, wonach staatliche Verantwortung nachrangig zu wohlfahrtstaatlicher Verantwortung und Selbsthilfe ist. Hinzu kommt eine komplizierte Finanzierungsverantwortung der verschiedenen Sozialleistungsträger, d. h. neben der üblichen Finanzierung der Versorgung durch die Krankenversicherung je nach Zuständigkeit auch durch die Rentenversicherung, die Arbeitsverwaltung und die örtliche und überörtliche Sozialhilfe.

Der zwangsläufig daraus entstandene ► **„Dschungel der Versorgung“** ist problematisch und zwar im Hinblick auf die (notwendigerweise gering ausgeprägte) fachspezifische Differenzierung innerhalb kleiner Versorgungseinrichtungen wie auch im Hinblick auf die parallele bzw. sequenzielle Nutzung dieser Institutionen (sog. Behandlungskette) durch die Betroffenen. Erschwert wird die Inanspruchnahme weiterhin durch Krankheitssymptome der Betroffenen wie Antriebsarmut, Entscheidungsschwäche, Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen etc. Die komplexen Einrichtungs- und Finanzierungsträgerschaften mit ihren vielfältigen, z. T. widersprüchlichen Eigeninteressen beeinträchtigen aber nicht nur die direkte Betreuungs- und Behandlungsqualität, sondern erschweren auch die Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte.

Spezielle Versorgungskonzepte

Frühintervention und Frührehabilitation

Es konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass die Dauer einer unbehandelten Psychose (DUP) ein Prädiktor für einen schlechten Psychoseverlauf darstellt. In einigen englischsprachigen Ländern sind spezialisierte Früherkennungsteams etabliert worden, um zu einer früher einsetzenden Erkennung und Behandlung von Psychosen beizutragen. Aufsuchende Angebote können dazu beitragen, bei vorhandener Schwellenangst die DUP zu verkürzen. Ob solche Früherkennungsteams international in die Regelversorgung übernommen werden, muss sich noch zeigen [6].

Für die Behandlung und Rehabilitation von Ersterkrankten liegen erfahrungsbasierte und über Konsensuskonferenzen erstellte Leitlinien vor. Therapeutische Interventionen sollen alters- und phasenspezifisch (wie z. B. Ablösung vom Elternhaus, Beginn und Abschluss von Ausbildung etc.) adaptiert werden. Ziel ist es, alterstypische Normalität von Rollenfunktionen zurückzuerobieren. Drohende Funktionseinbußen sollen auf einem möglichst niedrigen Niveau gehalten werden, bevor ca. 3–5 Jahren nach Erkrankungsbeginn ein Plateau in der Symptombildung erreicht wird.

Case-Management

Das Konzept des Case-Managements – ursprünglich in den 1970er Jahren in den USA als Reaktion auf die Versorgungsfragmentierung entwickelt – beinhaltet, dass die von verschiedenen Institutionen angebotenen außerstationären Einrichtungen und Dienste für Personen mit chronischen oder schwereren psychischen Erkrankungen von einem ► **Fallmanager** koordiniert werden. Die ersten Ergebnisse waren eher enttäuschend, während in den nachfolgenden Jahren konzeptionelle Weiterentwicklungen des Case-Managements zu gemischten Ergebnissen führten. Die englische Erfahrung hat gezeigt, dass selbst eine Intensivierung des Case-Managements nicht zu einer Verbesserung bezogen auf die stationären Aufnahmezeiten, die klinischen Symptome und die soziale Anpassung geführt hat [3].

Entsprechend der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN ist die Etablierung von Strukturen des Case-Managements, die auf einen einzelnen Arzt, einzelne Sozialarbeiter oder Fachkrankenpflege-

Für die möglichst niederschwellige Betreuung im sozialen Umfeld entstanden viele gemeindenähe, kleine Versorgungsinstitutionen

► Subsidiarität

► „Versorgungsdschungel“

Aufsuchende Angebote tragen dazu bei, die DUP zu verkürzen

► Fallmanager

► Multidisziplinär besetzte Teams

Der wohnortnahe Behandlungsansatz führt zu einer größeren Zufriedenheit der Patienten, jedoch zu keiner eindeutigen Verbesserung der Symptomatik

Ziel des „assertive community treatment“ ist, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Kontakt zum Versorgungssystem zu halten

► „Soziotherapie“

► Förderung von Beschäftigungsmöglichkeiten

Tab. 1 Wirksame Elemente der Arbeit aufsuchender gemeindepsychiatrischer Teams

Multidisziplinäre Teamarbeit
Integrierte soziale und psychiatrische Leistungen
Kleine Fallzahlen
Möglichst natürliche Rahmenbedingungen
Häufiger Kontakt zu den Patienten
Medikamentöse Behandlung
Fokus auf die Stärken des Patienten

Tab. 2 Prinzipien der Kriseninterventionsteams

Proaktives Handeln
Multiprofessionelles Team
Fokussierung auf die aktuelle Situation
Einbeziehung der Ressourcen des Betroffenen
Flexibles Behandlungssetting

personal als Schlüsselpersonen zentriert sind, nicht für die Routineversorgung von Menschen mit schweren schizophrenen Psychosen empfohlen (Empfehlungsgrad A).

Gemeindepsychiatrische Teams

Im Grunde ist der Case-Management-Ansatz heute in die Regelversorgung der Arbeit gemeindepsychiatrischer Teams integriert worden. Ihr Aufgabenbereich umfasst die Erhebung des Versorgungsbedarfes, die Überwachung und Verschreibung von Medikamenten und verschiedene psychosoziale Interventionen wie auch die Koordination der über die eigenen Möglichkeiten hinausgehenden Angebote anderer Einrichtungen und Dienste.

Bei den gemeindepsychiatrischen Teams handelt sich i. d. R. um ► **multidisziplinär besetzte Teams** mit Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegepersonal, evtl. Ergotherapeuten und Pädagogen integriert

in die Strukturen von Sozialpsychiatrischen Diensten, Ambulanzen etc. In den deutschsprachigen Ländern gibt es keinen einheitlichen Einrichtungstyp für gemeindepsychiatrische Teams.

Dieser wohnortnahe Behandlungsansatz führt zu einer größeren Zufriedenheit der Patienten, einer geringeren Einweisungsquote in ein Krankenhaus sowie zu einer Verbesserung der sozialen Funktionen. Es ist jedoch keine eindeutige Verbesserung der Symptomatik oder der Lebensqualität damit verbunden [17].

Aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams

Stein und Test haben in den 1970er Jahren dieses Konzept entwickelt (die englische Bezeichnung ist „assertive community treatment“ oder kurz ACT). Es ist eine Form des klinischen Case-Managements. Das ursprüngliche Programm war für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung als Alternative zur Krankenhausbehandlung entwickelt worden. Ziel der aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung ist, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Kontakt zum Versorgungssystem zu halten, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. In Deutschland ist dieser Betreuungsansatz unter der Bezeichnung ► **„Soziotherapie“** in die Sozialgesetzgebung übernommen worden.

Auch diese Teams sind multidisziplinär und bieten eine hohe Betreuungsintensität für eine kleine Anzahl an Patienten (10–15 Patienten pro Bezugsperson). Es wird darauf geachtet, die Betreuung so lange wie möglich in der Gemeinde durchzuführen. Die Patienten werden häufig in ihrer häuslichen Umgebung aufgesucht und betreut. Es werden integrierte psychiatrische (z. B. Compliance-Therapie, kognitiv-behaviorale Therapie) und soziale Leistungen für die Betroffenen unter Einbezug ihrer Angehörigen erbracht. Die Betreuung findet so realitätsnah wie möglich statt, zuhause, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz. Unkooperative Patienten werden aktiv aufgesucht. Die Aufrechterhaltung beziehungsweise die Optimierung der medikamentösen Behandlung hat einen hohen Stellenwert.

Die Behandlung und Betreuung durch aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams haben sich in Bezug auf ein unabhängigeres Leben in der Gemeinde, auf die ► **Förderung von Beschäftigungsmöglichkeiten**, die Aufrechterhaltung des Kontaktes zu psychiatrischen Diensten, zur Reduktion der Wiederaufnahmerate und der Verweildauer im Krankenhaus als wirksam erwiesen. Die psychotischen Symptome und die soziale Funktionsfähigkeit werden jedoch im Vergleich zur Standardbehandlung kaum zusätzlich beeinflusst. Obwohl aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams die Krankenhauskosten reduzieren können, sind die Gesamtbehandlungskosten im Vergleich zu der Standardbetreuung nicht zwangsläufig geringer [9].

Wirksame Elemente der Arbeit aufsuchender gemeindepsychiatrischer Teams werden in ► **Tab. 1** zusammengefasst.

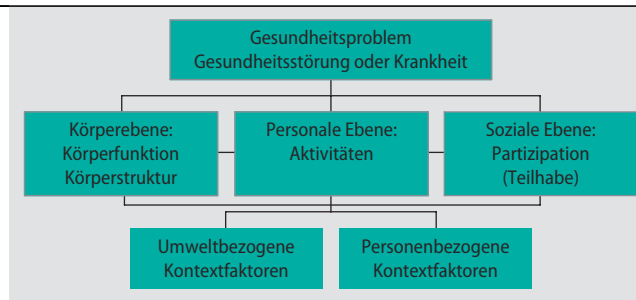


Abb. 1 ▶ Komponenten der Gesundheit (ICF)

Kriseninterventionsteams

Krisenorientierte Behandlungen werden durch speziell hierfür ausgebildete Teams angeboten. Das ▶ **„home treatment“** stellt eine spezielle Form der Krisenintervention dar, indem es eine Akutbehandlung in der häuslichen Umgebung anbietet. Es konnte gezeigt werden, dass Kriseninterventionsteams zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten führen und das Risiko einer stationären Aufnahme verringern können [7]. Zu den Prinzipien der Kriseninterventionsteams s. ■ **Tab. 2**.

Psychiatrische Rehabilitation

Ziel der psychiatrischen Rehabilitation ist es, betroffenen Personen zu helfen, die kognitiven, affektiven und sozialen Kompetenzen zu erwerben, um ein möglichst selbständiges Leben in ihrer gewohnten Lebenswelt zu führen. Psychiatrische Rehabilitation fokussiert damit weniger auf die Symptome einer Erkrankung als vielmehr auf die damit einhergehenden funktionalen Beeinträchtigungen. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, WHO 2001) erlaubt eine umfassende Beschreibung der Defizite, der verbliebenen Kompetenzen sowie der Lebensumstände einer betroffenen Person und geht damit über die für die gesetzliche Krankenversicherung leistungsfähigen Sachverhalte hinaus (■ **Abb. 1**) [14].

In der psychiatrischen Rehabilitation werden auf der Grundlage des ▶ **Vulnerabilitäts-Stress-Modells** zwei Interventionsstrategien verfolgt. Die eine Strategie ist personenorientiert und zielt darauf, die Fertigkeiten einer betroffenen Person im Umgang mit Stressoren zu stärken. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass kognitive Funktionsstörungen mit den Ansprechraten auf psychosoziale Interventionen zusammenhängen. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass kognitives Training einen unterstützenden Effekt auf die Wirkung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen hat. Die kognitive Remediation strebt eine systematische Förderung kognitiver Prozesse durch wiederholtes Training beziehungsweise Entwicklung von Kompensationsstrategien an [18].

Mit Hilfe des kognitiven Trainings hofft man, eine Ausweitung des Rehabilitationspotenzials zu erreichen.

Die zweite Strategie ist ▶ **umweltorientiert** mit dem Ziel, eine beschützende Umwelt zu entwickeln, um potenzielle Stressoren in der Umwelt zu minimieren. Traditionellerweise wird dieser Aspekt in Institutionen des beschützten Wohnens und Arbeitens thematisiert. Viele Betroffene benötigen eine Kombination beider Ansätze.

Psychiatrische Rehabilitation erfolgt regelhaft unter natürlichen Umgebungsbedingungen. Institutionelle Programme zur beruflichen Rehabilitation oder für ein soziales Kompetenztraining führten zwar zu einem Lernerfolg, der häufig nicht ausreichend auf die „natürliche“ Arbeits- oder Freizeitsituation übertragen werden kann. Vorbereitende Übungen im institutionellen Umfeld werden deshalb mit ▶ **In-vivo-Übungen** und coaching-orientierten Interventionen ergänzt.

Die realen Lebensumstände einer Person müssen bei der Planung der Rehabilitation genauso in Betracht gezogen werden wie ihre persönlichen Ziele. Für einen erfolgreichen rehabilitativen Prozess ist es unabdingbar, dass der oder die Betroffene bestehende Einschränkungen akzeptiert und die Hoffnung hat, dass persönliche Entwicklungen möglich sind. Wesentlich ist auch, dass die Betroffenen selbst über Art und Umfang der Maßnahmen mitbestimmen. Die Optimierung der Selbstwirksamkeitserwartung wird unter der Bezeichnung „empowerment“ zusammengefasst.

Kein anderer Ansatz erfüllt die Zielsetzung einer modernen psychiatrischen Rehabilitation gegenwärtig mehr als das so genannte „supported employment“ zur beruflichen Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne vorbereitende berufliche Rehabilitationsmaßnahmen. Der positive Effekt

▶ „Home treatment“

Die ICF geht über die für die gesetzliche Krankenversicherung leistungsfähigen Sachverhalte hinaus

▶ Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Die personenorientierte Strategie zielt darauf, die Fertigkeiten im Umgang mit Stressoren zu stärken

▶ Umweltorientierte Strategie

▶ In-vivo-Übungen

Das „supported employment“ fördert die berufliche Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne vorbereitende berufliche Reha-Maßnahmen

Die berufliche Wiedereingliederung ist ein Kernelement der psychiatrischen Rehabilitation

Die meisten RPKs sind gemeindefern gelegen und ermöglichen keine Rehabilitation unter natürlichen Lebensbedingungen

► Tageskliniken

► Direkte Kosten

► Indirekte Kosten

Beeinträchtigung der Lebensqualität, subjektiv empfundenes Leid, sekundäre Krankheitsbelastung pflegender Angehöriger werden als intangible Kosten bezeichnet

Tab. 3 Die Auswahl der rehabilitativen Maßnahmen

Art und Ausmaß der funktionalen Beeinträchtigung
Stressanfälligkeit
Vorhandene Ressourcen
Veränderungsbereitschaft und Hoffnung auf Veränderbarkeit

von Arbeit für die psychische Gesundheit ist seit langem bekannt. Deshalb ist die berufliche Wiedereingliederung ein Kernelement der psychiatrischen Rehabilitation. Dies basiert auf der Annahme, dass damit Aktivität gefördert, soziale Kontakte unterstützt und unter Umständen Selbstwert und Lebensqualität verbessert werden können, entsprechend dem Stellenwert von Arbeit in der Gesellschaft. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass eine Teilnahme an „supported-employment“-Programmen dazu führte, dass Arbeit leichter gefunden und behalten wird [4]. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass diejenigen, die über „supported employment“ langfristig Arbeit gefunden hatten, bessere kognitive Leistungen, eine Verbesserung in der Lebensqualität und bessere Kontrolle über die Symptome zeigten [2].

Bisher liegen vor allem Untersuchungen mit kurzen Beobachtungszeiten (12–18 Monate) vor, die Langzeitwirkung ist noch unbekannt. Welche Personen von diesem Angebot insbesondere profitieren, ist bisher noch nicht hinreichend untersucht. Die Auswahl der rehabilitativen Maßnahmen richten sich nach den in **Tab. 3** aufgeführten Aspekten.

Institutionelle Umsetzung psychiatrischer Reha-Maßnahmen

Obwohl inzwischen ein großer Wissensbestand an rehabilitativen Maßnahmen existiert, ist die institutionelle Umsetzung unzureichend. Dies ist vorwiegend Folge der komplizierten Zuständigkeiten der verschiedenen Sozialleistungsträger. In einem historischen Kompromiss einigten sich zwar in Deutschland Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts die verschiedenen Sozialleistungsträger auf die gemeinsame Finanzierung einer „Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke“ (RPK), die jedoch unter verschiedenen „Geburtsfehlern“ litt, so z. B., dass die meisten RPKs gemeindefern gelegen sind und kaum Rehabilitation unter natürlichen Lebensbedingungen ermöglichen. Außerdem verfolgt der Sozialleistungsträger, der das größte Interesse an beruflicher Rehabilitation hat, nämlich die Rentenversicherer in eigenen gemeindefernen Rehabilitationskliniken Rehabilitationsziele, die nicht mit den Rehabilitationsansätzen für Psychosekrankte vereinbar sind.

Letztlich verbleibt die meiste langfristige Rehabilitationsarbeit bei den gemeindepsychiatrischen Teams, die aber i. d. R. finanziell und personell nicht hinreichend ausgestattet sind, Rehabilitation entsprechend den heutigen Möglichkeiten adäquat durchzuführen. Mittelfristige Rehabilitation kann auch im Schwerpunkt in entsprechend ausgerichteten **► Tageskliniken** durchgeführt werden [16].

Kosten

Der Kostenbegriff ist vieldeutig. Zu den Kostenarten in der psychiatrischen Gesundheitsökonomie gehören u. a. die so genannten Versorgungskosten, auch **► direkte Kosten** genannt. Hierunter versteht man jene Kosten, die durch Leistungen und Maßnahmen von Versorgungseinrichtungen oder -diensten anfallen (z. B. Tarife, Pflegesätze, Gebühren, Gebäudekosten, Bruttolohnkosten, Behandlungsmaterialien, Medikamente, Laborkosten etc.). Unter den **► indirekten Kosten** einer Erkrankung versteht man die Kosten, die durch die Erkrankung verursacht werden, aber nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlung oder Versorgung stehen (z. B. morbiditäts- und mortalitätsbedingte Produktivitätsverluste, finanzielle Sekundärbelastungen von Betroffenen und Angehörigen, Sozialhilfe und ähnliche Leistungen, Folgekosten des Polizei- und Justizapparates und Ausgaben für Forschung). Indirekte und direkte Kosten werden unter den so genannten volkswirtschaftlichen Gesamtkosten zusammengefasst. Beeinträchtigung der Lebensqualität, subjektiv empfundenes Leid, sekundäre Krankheitsbelastung pflegender Angehöriger lassen sich, wenn überhaupt, nur schwer als Kostenfaktoren beschreiben; sie werden unter dem Begriff der so genannten intangiblen Kosten zusammengefasst [11].

Im Jahr 2002 betrugen die Behandlungskosten (direkte Kosten) psychischer Erkrankungen ca. 22,4 Mrd. EUR, das sind ca. 10% des gesamten Budgets des deutschen Gesundheitswesens. Für die Schizophrenie wurden ca. 2,8 Mrd. EUR ausgegeben [15]. Die Schizophrenie verursachte in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts direkte Gesamtkosten von ca. 14.000 EUR pro Jahr und Patient [12].

Die Schizophrenie ist damit die teuerste psychiatrische Erkrankung in Deutschland. Die indirekten Kosten (in Geldwert umgerechnete Folgen der Schizophrenie) werden auf bis zu 5-mal höher als die direkten Behandlungskosten geschätzt.

Rolle der stationären Behandlung in den neuen Versorgungsmodellen

Zur Behandlung schizophrener Psychosen gehört nach wie vor auch die Möglichkeit zur Behandlung im stationären Bereich z. B. für Kriseninterventionen, kurze geplante (z. B. auch diagnostische) Aufenthalte, ► **Spezialtherapien**, im Falle gesetzlicher Unterbringungen, zur Abwendung von akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung und bei bestimmten multimorbiden Erkrankungen mit hohem Behandlungsaufwand. Es gibt keine empirische Evidenz, dass eine „Psychiatrie ohne Betten“ funktioniert [16].

Die Zahl der „psychiatrischen Betten“ belief sich für Deutschland im Jahr 2003 auf 54.088 (inklusive Suchtbehandlung, exklusive der Kinder- und Jugendpsychiatrie). Dies ergibt eine Bettrate von 6,55 pro 1000 Einwohner. Damit nimmt Deutschland im Vergleich mit anderen industrialisierten Ländern der westlichen Welt einen Mittelplatz ein.

Geplante kurze stationäre Aufenthalte führten nicht zu höheren Wiederaufnahmeraten, und die geplanten Entlassungszeitpunkte konnten eher eingehalten werden als bei längeren Aufenthalten. Weil stationäre Aufenthalte Eingriffe in die Lebenskontinuität darstellen, sollte die Indikation gut geprüft werden, um nicht soziale Isolation, Rückzugstendenz und Isolation zu verstärken.

Tageskliniken als Alternative zur stationären Behandlung?

In einer Tagesklinik mit einem multidisziplinären Team findet eine Behandlung zwischen Montag und Freitag zu den üblichen Arbeitszeiten statt. Es werden keine Betten geführt. Eine tagesklinische Behandlung kann eine Alternative zu einer stationären Akutbehandlung sein. Der Anteil der remittierten Patienten entspricht dem Anteil der Remissionen in der stationären Behandlung. Es wird davon ausgegangen, dass bis zu einem Drittel der gegenwärtig stationär behandelten Patienten akut-tagesklinisch behandelt werden könnte [10].

► **Krisenhäuser** und Behandlung im häuslichen Umfeld stellen ebenfalls Alternativen zur stationären Akutversorgung dar. Die wenigen Untersuchungen hierzu weisen positive Ergebnisse auf. Es werden allerdings weitere Studien benötigt, um hierzu eine gesicherte Empfehlung abgeben zu können [16].

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. W. Rössler

Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West,
Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich
roessler@spd.unizh.ch

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Berger M (2005) Die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland—Unter Berücksichtigung des Faches Psychiatrie und Psychotherapie. In: Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C et al. (Hrsg) Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland—Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 3–18
- Bond GR (2004) Supported employment: evidence for an evidence-based practice. Psychiatr Rehabil J 27:345–359
- Burns T, Creed F, Fahy T et al. (1999) Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. Lancet 353:2185–2189
- Cook JA, Lehman AF, Drake R et al. (2005) Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. Am J Psychiatry 162:1948–1956
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg) (2006) Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopf, Darmstadt
- Harrigan SM, McGorry PD, Krestev H (2003) Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Psychol Med 33:97–110
- Joy CB, Adams CE, Rice K (2000) Crisis intervention for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev

Die indirekten Kosten werden bei Schizophrenie auf bis zu 5-mal höher als die direkten Behandlungskosten geschätzt

► Spezialtherapien

Es gibt keine empirische Evidenz, dass eine „Psychiatrie ohne Betten“ funktioniert

Der Anteil der remittierten Tagesklinik-Patienten entspricht dem Anteil der Remissionen in der stationären Behandlung

► Krisenhäuser

8. Marshall M (2005) How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. <http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>.
9. Marshall M, Lockwood A (1998) Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*
10. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A et al. (2001) Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 5:1–75
11. Salize HJ, Nikopoulos JA (2004) Ökonomische Aspekte der Rehabilitation. In Rössler W (Hrsg) *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 21–32
12. Salize HJ, Rössler W (1996) The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a german catchment area. *Br J Psychiatry* 169:42–48
13. Salize HJ, Rössler W (1999) Steigen die Versorgungskosten von Patienten mit einer Schizophrenie überproportional? *Nervenarzt* 70:817–822
14. Seidel M (2005) The International Classification of Functioning, Disability and Health. *Nervenarzt* 76:79–90
15. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2004) *Kosten nach Krankheitsarten*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
16. Thornicroft G, Tansella M (2003) What are the arguments for community-based mental health care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>.
17. Tyrer P, Coid J, Simmonds S et al. (1998) Community mental health teams (cmhts) for people with severe mental illnesses and disorder personality. *Cochrane Database Syst Rev*
18. Vauth R, Dietel M, Stieglitz R-D et al. (2000) Cognitive remediation—Eine neue Chance in der Rehabilitation schizophrener Störungen? *Nervenarzt* 71:19–29

Bitte beachten Sie:

Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**

Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.

Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Fragen zur Zertifizierung

Welche Aussage trifft *nicht* zu? Die Wahl des Behandlungssettings hängt ab von...

- ☐ der Schutzbedürftigkeit des Patienten.
- ☐ dem spezifischen Behandlungsbedarf.
- ☐ dem Kostenträger.
- ☐ den individuellen Präferenzen.
- ☐ dem verfügbaren Angebot.

Psychiatrisches Management führt zu:

- ☐ Erleichterter Zugang zu den Versorgungsstrukturen.
- ☐ Ressourcenkoordination.
- ☐ Integration der Betroffenen.
- ☐ Zunahme der stationären Aufnahmen.
- ☐ Intensive Betreuung.

Welche Aussage trifft *nicht* zu? Interventionsstrategien in der psychiatrischen Rehabilitation:

- ☐ Sind personenorientiert.
- ☐ Sind umweltorientiert.
- ☐ Zielen auf eine Verbesserung im Umgang mit Stressoren.
- ☐ Zielen auf eine Minimierung von Stressoren in der Umwelt.
- ☐ Werden lediglich am Anfang einer Behandlung angeboten.

Welche Aussage trifft auf Case-Management zu?

- ☐ Das Konzept wurde von Stein und Mitarbeitern in den 1970ern entworfen.
- ☐ Die Etablierung in der Versorgung schwerer Psychosen erreicht den Empfehlungsgrad C gemäß der S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN.
- ☐ Ein Einfluss auf klinische Symptome scheint gering zu sein.

- ☐ Eine Intensivierung des Angebotes führt zu einer Verbesserung bezogen auf die stationäre Aufnahmezeit.
- ☐ Es findet keine Koordination statt.

Welche Aussage trifft bezogen auf ACT („assertive community treatment“) *nicht* zu?

- ☐ ACT führt zu einer Reduktion der Wiederaufnahmerate.
- ☐ TACT wurde ursprünglich als eine Alternative zur Krankenhausbehandlung entwickelt.
- ☐ ACT hat das Ziel, den Kontakt zum Versorgungssystem aufrecht zu erhalten.
- ☐ ACT berücksichtigt die Arbeit im multidisziplinären Team.
- ☐ Medikamentöse Behandlungen finden nicht statt.

Welche Aussage trifft zu? ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)...

- ☐ basiert auf einem biologischen Modell.
- ☐ ist auf einen Teilaspekt der Lebensumstände fokussiert.
- ☐ berücksichtigt nur die personenbezogenen Kontextfaktoren.
- ☐ ist ein Assessmentinstrument.
- ☐ geht über die für die gesetzliche Krankenversicherung relevanten Sachverhalte hinaus.

Die Auswahl der therapeutisch-rehabilitativen Interventionen hängt ab von:

- ☐ Der Anwendungssituation.
- ☐ Dem Bereich der Beeinträchtigung.
- ☐ Den Ressourcen.

- ☐ Der Phase der Erkrankung.
- ☐ Den finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen.

Eine Förderung der Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt mit unterstützendem Training:

- ☐ nennt man auch „supported employment“.
- ☐ verstärkt Abhängigkeiten.
- ☐ trägt zur psychischen Belastung bei.
- ☐ Arbeit wird nicht langfristig gefunden.
- ☐ Untersucht wurden bisher sowohl kurze als auch längere Beobachtungszeiten.

Welche Aussage trifft *nicht* zu? Unter volkswirtschaftliche Gesamtkosten fallen:

- ☐ Direkte Kosten.
- ☐ Indirekte Kosten.
- ☐ Pflegesätze.
- ☐ Bruttolohnkosten.
- ☐ Kosten, erzeugt durch die sekundäre Krankheitsbelastung pflegender Angehöriger.

Welche Aussage trifft *nicht* zu?

- ☐ Die Schizophrenieerkrankung ist die 4. teuerste Erkrankung in Deutschland.
- ☐ Die indirekten Kosten werden bis zu 5-mal höher als die direkten Behandlungskosten geschätzt.
- ☐ 2002 wurden für die Schizophrenie 2,8 Mrd. EUR ausgegeben.
- ☐ 2003 gab es 54.088 „psychiatrische Betten“ in Deutschland.
- ☐ Indirekte Kosten nennt man auch Versorgungskosten.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf **CME.springer.de** verfügbar.
Die kostenlose Teilnahme ist bis zum 15.1.2007 möglich.



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter **CME.springer.de**

Hier steht eine Anzeige.

 Springer